



DECLARACIÓN DE DATOS PARA ASISTENCIA MONETARIA, ESTAMPILLAS PARA COMIDA, Y MEDI-CAL/CMSP DE 34 CONDADOS (PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA DE CALIFORNIA/ PROGRAMA DE SERVICIOS MÉDICOS DEL CONDADO DISPONIBLE EN 34 CONDADOS)

- Conteste todas las preguntas sobre los beneficios que esté solicitando. Escriba todas las respuestas con tinta y con letra de molde. Las letras "CA" (asistencia monetaria), "FS" (estampillas para comida), y "MC" (Medi-Cal/CMSP de 34 Condados) que aparecen a la izquierda de cada pregunta le indican a qué programas se refiere esa pregunta.
- Proporcione pruebas (tales como facturas, recibos y documentos) para apoyar sus respuestas. Hable con su trabajador si necesita ayuda para obtener pruebas o para completar este formulario. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.
- Si está solicitando estampillas para comida y usted no es un miembro adulto del grupo para fines de estampillas para comida (grupo), adjunte una autorización por escrito firmada por el jefe del grupo u otro miembro adulto.

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

CASE NAME _____

CASE NUMBER _____

WORKER _____ DATE RCD _____

CA ① A. Persona que hace la solicitud o familiar encargado del cuidado continuo de los niños para los que se quiere la asistencia.

FS NOMBRE: _____

MC NOMBRE: _____

DIRECCIÓN DEL HOGAR (NÚMERO, CALLE) _____ TELÉFONO DEL HOGAR () _____

DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE) _____ TELÉFONO DURANTE EL DÍA () _____

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

New Restoration

Redetermine Recertification

Residency Verified

FS ID

FS Aged/Disabled Verified

MC ID

MC Minor Consent: Exempt from ID, Residency, SSN, Verifs

FS B. ¿Es usted una persona sin hogar? Sí NO

Si su respuesta es "Sí", ¿se está quedando temporalmente en la casa de otra persona? Sí NO

Si es que sí, anote la fecha en que empezó a quedarse en esa casa: _____

CA C. ¿Ha recibido usted una notificación para pagar la renta o desalojar la vivienda? Sí NO

② Anote todos los datos en relación a cada ADULTO que viva en el hogar.

CA (A) NOMBRE DEL ADULTO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO) _____

FS CIUDADANÍA/SITUACIÓN MIGRATORIA (✓) Ciudadano/nacional de los EE. UU.*

MC No ciudadano: ¿Patrocinado? Sí NO

PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DE LOS NIÑOS _____ FECHA DE NACIMIENTO (MES, DÍA, AÑO) _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____

SEXO (✓) M F Sí NO ¿CIEGO, SORDO O INCAPACITADO/DISCAPACITADO? Sí NO ¿EMBARAZADA? Sí NO

LUGAR DE NACIMIENTO CIUDAD ESTADO PAÍS

CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA (✓)

Asistencia monetaria Estampillas para comida Ninguna

Medi-Cal CMSP de 34 Condados

ESTADO CIVIL (✓)

Casado Nunca casado Separado

Divorciado Unión libre Viudo

AU NON-AU MFBU

FS Non-HH/Excluded Member Code: _____

Work Registration/Exemption Codes:

WELFARE to WORK FS ABAWD

VERIFIED: Blind/Deaf/Disabled

SSN DED Packet Citizen

Eligible Noncitizen SAVE

Alien Reg. # _____ D.O.E. _____

CA (B) NOMBRE DEL ADULTO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO) _____

FS CIUDADANÍA/SITUACIÓN MIGRATORIA (✓) Ciudadano/nacional de los EE. UU.

MC No ciudadano: ¿Patrocinado? Sí NO

PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DE LOS NIÑOS _____ FECHA DE NACIMIENTO (MES, DÍA, AÑO) _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____

SEXO (✓) M F Sí NO ¿CIEGO, SORDO O INCAPACITADO/DISCAPACITADO? Sí NO ¿EMBARAZADA? Sí NO

LUGAR DE NACIMIENTO CIUDAD ESTADO PAÍS

CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA (✓)

Asistencia monetaria Estampillas para comida Ninguna

Medi-Cal CMSP de 34 Condados

ESTADO CIVIL (✓)

Casado Nunca casado Separado

Divorciado Unión libre Viudo

AU NON-AU MFBU

FS Non-HH/Excluded Member Code: _____

Work Registration/Exemption Codes:

WELFARE to WORK FS ABAWD

VERIFIED: Blind/Deaf/Disabled

SSN DED Packet Citizen

Eligible Noncitizen SAVE

Alien Reg. # _____ D.O.E. _____

CA (C) NOMBRE DEL ADULTO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO) _____

FS CIUDADANÍA/SITUACIÓN MIGRATORIA (✓) Ciudadano/nacional de los EE. UU.

MC No ciudadano: ¿Patrocinado? Sí NO

PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DE LOS NIÑOS _____ FECHA DE NACIMIENTO (MES, DÍA, AÑO) _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____

SEXO (✓) M F Sí NO ¿CIEGO, SORDO O INCAPACITADO/DISCAPACITADO? Sí NO ¿EMBARAZADA? Sí NO

LUGAR DE NACIMIENTO CIUDAD ESTADO PAÍS

CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA (✓)

Asistencia monetaria Estampillas para comida Ninguna

Medi-Cal CMSP de 34 Condados

ESTADO CIVIL (✓)

Casado Nunca casado Separado

Divorciado Unión libre Viudo

AU NON-AU MFBU

FS Non-HH/Excluded Member Code: _____

Work Registration/Exemption Codes:

WELFARE to WORK FS ABAWD

VERIFIED: Blind/Deaf/Disabled

SSN DED Packet Citizen

Eligible Noncitizen SAVE

Alien Reg. # _____ D.O.E. _____

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

FS NON-HH/EXCLUDED MEMBER (63-402)	FS WORK/TRAINING EXEMPTIONS (63-407.21)	FS ABAWD EXEMPTIONS (63-410.3)	WtW WORK EXEMPTIONS (42-712)
1. Separate HH (Purchase/prepare) (.12, .13)	a. Under 16/60 or older	1. ABAWD with FS Work/Training Exemption Code 63-407.21	Age under 16 (.41)
2. Separate HH (Elderly/disabled) (.17)	a.(1) 16/17 not head of household; or 16/17 in school/training at least 1/2 time	2. Under 18/50 or older (.321)	School Attendance (.42)
3. Roomer (must be listed in ⑬) (.211)	b. Mentally/physically unfit for work	3. Pregnant (.322)	Age 60 or older (.43)
4. Live-in attendant (.212)	c. Mandatory participant in Welfare to Work activities	4. Adult living in HH with dep. child (.323)	Disability (.44)
5. Other shared living quarters (.213)	d. Cares for child under 6 or incapacitated person	5. Lives in ABAWD exempt area (.33)	NCR caring for dependent or ward of the court or at risk of FC placement (.45)
6. Ineligible alien (.221)	e. Applicant for/recipient of UIB		Care of another ill or incap member of the household (.46)
7. Boarder (must be listed in ⑬) (.3)	f. Participant in drug/alcohol program		Care of child:
8. SSN disqualified (.222)	g. 30 hour week/min. x 30		- Age 6 months or under (or as allowed under county's CalWORKs plan) (.471)
9. IPV disqualified (.223)	h. 1/2 time student in school, training or higher education.		- Member (who previously claimed .471) upon birth or adoption of subsequent child(ren) (.472)
10. Workfare sanctioned (.225)			Pregnancy (.48)
11. SSI/SSP recipient (.226)			VISTA-full or part time volunteer (.49)
12. Ineligible student (.227)			
13. Work req. disqualified (.228)			
14. Questionable Citizenship (300.51(b))			
15. Vol. quit ineligible (408.1, .2)			
16. Ineligible/disqualified ABAWD (410.4)			
17. Fleeing felon/parole or probation violator (.224)			
18. Drug felon (.229)			

3 Proporcione toda la información en relación a cada **NIÑO** que viva en el hogar, que esté fuera del hogar durante un breve período de tiempo, o que usted incluya como dependiente para fines de los impuestos. Si está embarazada, escriba "por nacer" en la casilla correspondiente al nombre del niño y en la casilla correspondiente a la fecha de nacimiento, anote la fecha en que se espera que nazca el bebé.

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

CA (A) NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO) FS MC		CIUDADANÍA/SITUACIÓN MIGRATORIA <input checked="" type="checkbox"/> CIUDADANO/NACIONAL DE LOS EE. UU. <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO: ¿PATROCINADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			EL NIÑO NECESITA ASISTENCIA PORQUE EL PADRE/MADRE ESTÁ: (MARQUE <input checked="" type="checkbox"/> ABAJO)		AU <input checked="" type="checkbox"/>	NON-AU <input checked="" type="checkbox"/>	MFBU <input checked="" type="checkbox"/>	MFG CHILD <input type="checkbox"/>	FS Non-HH/Excluded Member Code:		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO O FECHA EN QUE SE ESPERA QUE NAZCA (Mes, Día, Año)	EDAD DEL NIÑO	MUERTO INCAPACITADO/DISCAPACITADO AUSENTE DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MC: not in home, 18-21 & tax dep.	CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #	D.O.E.
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD, ESTADO, PAÍS)		¿EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE SUS VACUNAS AL CORRIENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿CIEGO/SORDO/INCAPACITADO/DISCAPACITADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO									
¿ESTÁ MATRICULADO ESTE NIÑO EN LA ESCUELA ACTUALMENTE? <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SÍ", NOMBRE DE LA ESCUELA:		CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Estampillas para comida <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguna			NOMBRE DE LA MADRE		Work Registration/Exemption Codes:						
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE		Welfare-to-Work FS						
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE		Verified: <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Deprivation <input type="checkbox"/> SSN						
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE		<input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> DED Packet						
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE		<input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE						
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE		<input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> School attendance						

CA (B) NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO) FS MC		CIUDADANÍA/SITUACIÓN MIGRATORIA <input checked="" type="checkbox"/> CIUDADANO/NACIONAL DE LOS EE. UU. <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO: ¿PATROCINADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			EL NIÑO NECESITA ASISTENCIA PORQUE EL PADRE/MADRE ESTÁ: (MARQUE <input checked="" type="checkbox"/> ABAJO)		AU <input checked="" type="checkbox"/>	NON-AU <input checked="" type="checkbox"/>	MFBU <input checked="" type="checkbox"/>	MFG CHILD <input type="checkbox"/>	FS Non-HH/Excluded Member Code:		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO O FECHA EN QUE SE ESPERA QUE NAZCA (Mes, Día, Año)	EDAD DEL NIÑO	MUERTO INCAPACITADO/DISCAPACITADO AUSENTE DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MC: not in home, 18-21 & tax dep.	CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #	D.O.E.
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD, ESTADO, PAÍS)		¿EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE SUS VACUNAS AL CORRIENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿CIEGO/SORDO/INCAPACITADO/DISCAPACITADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO									
¿ESTÁ MATRICULADO ESTE NIÑO EN LA ESCUELA ACTUALMENTE? <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SÍ", NOMBRE DE LA ESCUELA:		CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Estampillas para comida <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguna			NOMBRE DE LA MADRE		Work Registration/Exemption Codes:						
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE		Welfare-to-Work FS						
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE		Verified: <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Deprivation <input type="checkbox"/> SSN						
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE		<input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> DED Packet						
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE		<input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE						
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE		<input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> School attendance						

CA (C) NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO) FS MC		CIUDADANÍA/SITUACIÓN MIGRATORIA <input checked="" type="checkbox"/> CIUDADANO/NACIONAL DE LOS EE. UU. <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO: ¿PATROCINADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			EL NIÑO NECESITA ASISTENCIA PORQUE EL PADRE/MADRE ESTÁ: (MARQUE <input checked="" type="checkbox"/> ABAJO)		AU <input checked="" type="checkbox"/>	NON-AU <input checked="" type="checkbox"/>	MFBU <input checked="" type="checkbox"/>	MFG CHILD <input type="checkbox"/>	FS Non-HH/Excluded Member Code:		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO O FECHA EN QUE SE ESPERA QUE NAZCA (Mes, Día, Año)	EDAD DEL NIÑO	MUERTO INCAPACITADO/DISCAPACITADO AUSENTE DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MC: not in home, 18-21 & tax dep.	CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #	D.O.E.
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD, ESTADO, PAÍS)		¿EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE SUS VACUNAS AL CORRIENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿CIEGO/SORDO/INCAPACITADO/DISCAPACITADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO									
¿ESTÁ MATRICULADO ESTE NIÑO EN LA ESCUELA ACTUALMENTE? <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SÍ", NOMBRE DE LA ESCUELA:		CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Estampillas para comida <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguna			NOMBRE DE LA MADRE		Work Registration/Exemption Codes:						
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE		Welfare-to-Work FS						
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE		Verified: <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Deprivation <input type="checkbox"/> SSN						
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE		<input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> DED Packet						
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE		<input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE						
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE		<input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> School attendance						

CA (D) NOMBRE DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE QUE USA EN MEDIO, APELLIDO) FS MC		CIUDADANÍA/SITUACIÓN MIGRATORIA <input checked="" type="checkbox"/> CIUDADANO/NACIONAL DE LOS EE. UU. <input type="checkbox"/> NO CIUDADANO: ¿PATROCINADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			EL NIÑO NECESITA ASISTENCIA PORQUE EL PADRE/MADRE ESTÁ: (MARQUE <input checked="" type="checkbox"/> ABAJO)		AU <input checked="" type="checkbox"/>	NON-AU <input checked="" type="checkbox"/>	MFBU <input checked="" type="checkbox"/>	MFG CHILD <input type="checkbox"/>	FS Non-HH/Excluded Member Code:		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO O FECHA EN QUE SE ESPERA QUE NAZCA (Mes, Día, Año)	EDAD DEL NIÑO	MUERTO INCAPACITADO/DISCAPACITADO AUSENTE DESEMPLEADO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	MC: not in home, 18-21 & tax dep.	CW 2.1 CW 371	Alien Reg. #	D.O.E.
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD, ESTADO, PAÍS)		¿EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿TIENE SUS VACUNAS AL CORRIENTE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿CIEGO/SORDO/INCAPACITADO/DISCAPACITADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO									
¿ESTÁ MATRICULADO ESTE NIÑO EN LA ESCUELA ACTUALMENTE? <input checked="" type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI LA RESPUESTA ES "SÍ", NOMBRE DE LA ESCUELA:		CLASE DE ASISTENCIA QUE SOLICITA <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria <input type="checkbox"/> Estampillas para comida <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Ninguna			NOMBRE DE LA MADRE		Work Registration/Exemption Codes:						
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE		Welfare-to-Work FS						
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE		Verified: <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Deprivation <input type="checkbox"/> SSN						
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE		<input type="checkbox"/> Blind/Deaf/Disabled <input type="checkbox"/> DED Packet						
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE		<input type="checkbox"/> Citizen <input type="checkbox"/> Eligible Noncitizen <input type="checkbox"/> SAVE						
PARENTESCO/RELACIÓN CON EL SOLICITANTE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO		¿VIVE EL NIÑO EN EL HOGAR DE USTED AHORA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			NOMBRE DEL PADRE		<input type="checkbox"/> Immunization <input type="checkbox"/> School attendance						

CA ④ Anote al padre/madre (o padres) del niño, niños, o bebé por nacer, que no vive en el hogar con usted.				SÓLO PARA USO DEL CONDADO	
NOMBRE DEL PADRE/MADRE		RAZÓN POR LA CUAL EL PADRE/MADRE NO VIVE EN EL HOGAR		<input type="checkbox"/> Verif. on File <input type="checkbox"/> MC 13	
CA ⑤ ¿Ha cambiado la ciudadanía/situación migratoria de alguien durante los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación:					
NOMBRE		¿QUE CAMBIO?	FECHA	NÚMERO DE RESIDENTE LEGAL (SI ES PERTINENTE)	
CA ⑥ A. ¿Vive en el hogar un niño bajo cuidado de crianza temporal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
Si la respuesta es "SÍ", ¿quién?					
FS B. ¿Quiere que los niños bajo cuidado de crianza temporal y los ingresos provenientes del Programa de Crianza Temporal se cuenten en relación al caso de estampillas para comida? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
CA ⑦ ¿Ha usado alguien un nombre diferente alguna vez (de soltera, adoptivo, etc.)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación:					
NOMBRE			OTROS NOMBRES QUE USÓ		
NOMBRE			OTROS NOMBRES QUE USÓ		
				SÍ	NO
CA ⑧ A. ¿Viven todos en California?				Calif. Resident: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Si la respuesta es "NO", explique:					
CA B. ¿Piensan todos quedarse en California permanentemente?				<input type="checkbox"/> Property	
CA C. ¿Posee, tiene alquilada, o mantiene alguien una casa/apartamento fuera de California?				<input type="checkbox"/> PA	
CA MC D. ¿Está alguien actualmente recibiendo asistencia pública fuera de California?					
Si la respuesta es "SÍ", explique:					
CA E. ¿Piensa alguien estar fuera de California durante más de 30 días?					
MC ⑨ ¿Tiene usted entre 18 y 21 años de edad y lo incluyen como dependiente para fines de los impuestos sobre los ingresos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				<input type="checkbox"/> Tax Dependent Letter Sent <input type="checkbox"/> CA 2.1	
Si la respuesta es "SÍ", ¿quién?					
CA ⑩ A. ¿Se ha descontinuado la asistencia monetaria o las estampillas para comida de alguien debido a: la falta de cooperación durante una revisión de control de calidad; sanciones de trabajo o entrenamiento; que no cumplió con los requisitos relacionados con el trabajo del Programa de Estampillas para Comida para los ABAWD (adultos con la capacidad de trabajar y sin personas bajo su cuidado); o cualquier otra razón? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
Si la respuesta es "SÍ", explique a continuación:					
¿QUIÉN?		¿POR QUÉ?	¿CUÁNDO?	¿EN QUÉ CONDADO/ESTADO?	
CA ⑩ B. ¿Se ha descontinuado la asistencia monetaria o las estampillas para comida de alguien durante un período de tiempo o para siempre debido a fraude en la asistencia pública o a una violación intencional del Programa de Estampillas para Comida? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
Si la respuesta es "SÍ", explique a continuación:					
¿QUIÉN?		¿POR QUÉ?	¿CUÁNDO?	¿EN QUÉ CONDADO/ESTADO?	
FS ⑪ ¿Alguna persona que vive con usted compra alimentos y prepara las comidas por separado de las otras personas en el hogar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				Separate household eligible: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Si la respuesta es "SÍ", ¿quién?					
FS ⑫ ¿Alguna persona que vive con usted tiene 60 años de edad o más y no puede comprar alimentos ni preparar comidas por separado debido a una incapacidad/discapacidad? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				Separate household eligible: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Si la respuesta es "SÍ", ¿quién?					

FS (13) A. ¿Le paga usted a otra persona por las comidas y/o un cuarto? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "Sí", complete a continuación:						SÓLO PARA USO DEL CONDADO				
NOMBRE DE LA PERSONA A LA QUE USTED LE PAGA		MARQUE (✓) <input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Ambos		¿CUÁNTO? \$	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	NÚMERO DE COMIDAS POR DÍA	Household Elects	ROOMER		
							BOARDER	HH MEMBER		
CA FS B. ¿Le paga alguien a usted por las comidas y/o un cuarto? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "Sí", complete a continuación:										
NOMBRE DE LA PERSONA QUE LE PAGA A USTED		MARQUE (✓) <input type="checkbox"/> Comidas <input type="checkbox"/> Cuarto <input type="checkbox"/> Ambos		¿CUÁNTO? \$	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	NÚMERO DE COMIDAS POR DÍA				
FS (14) ¿Recibe alguien alimentos de alguno de los siguientes programas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO										
<ul style="list-style-type: none"> Comedor comunal para personas de edad avanzada o incapacitados/discapacitados Programa de distribución de alimentos operado por una reservación de indios (indígenas de los EE. UU. de América) Otro programa de alimentos 										
¿QUIÉN?		NOMBRE DEL PROGRAMA		¿QUIÉN?		NOMBRE DEL PROGRAMA				
CA FS MC (15) A. ¿Vive alguien en alguno de los siguientes lugares? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "Sí", complete a continuación:						SÓLO PARA USO DEL CONDADO				
		<ul style="list-style-type: none"> refugio, centro reservación para indios hospital psiquiátrico/institución para enfermos mentales vivienda colectiva para incapacitados/discapacitados/ciegos 		<ul style="list-style-type: none"> hospital o establecimiento de cuidado médico continuo no intenso vivienda subsidiada para personas de edad avanzada centro de rehabilitación para drogadictos o alcohólicos hogar que proporciona hospedaje y cuidado establecimiento penal/correcional 		FS Eligible Institution:		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
¿QUIÉN?		NOMBRE DEL CENTRO, REFUGIO, HOSPITAL, ETC.		FECHA DE INGRESO	FECHA EN QUE SE ESPERA QUE SALGA	CA Eligible:		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
MC B. ¿Tiene la persona que está en el hospital, o en un establecimiento de cuidado médico continuo no intenso, esposo(a) u otro pariente que viva en el hogar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO										
CA (16) Anote a los niños entre los 6 y 18 años de edad que no van a la escuela regularmente y explique el porqué. <input type="checkbox"/> Ningún niño entre los 6 y 18 años de edad						SÓLO PARA USO DEL CONDADO				
NOMBRE		MOTIVO POR EL CUAL NO VA A LA ESCUELA REGULARMENTE				School Attendance Verified:		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
CA FS MC (17) A. ¿Están algunas personas que tienen 14 años de edad o más matriculadas en una escuela, universidad (college), o programa de entrenamiento? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "Sí", complete a continuación:						SÓLO PARA USO DEL CONDADO				
NOMBRE		EDAD	NOMBRE DE LA ESCUELA/UNIVERSIDAD/PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO	MARQUE (✓), MATRICULADO <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	UNIDADES/HORAS POR SEMANA	¿ESTÁ TRABAJANDO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	School Enrollment Verif.:		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
					FECHA EN QUE ESPERA GRADUARSE		Date Verified:		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
							FS Eligible Student:		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
NOMBRE		EDAD	NOMBRE DE LA ESCUELA/UNIVERSIDAD/PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO	MARQUE (✓), MATRICULADO <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	UNIDADES/HORAS POR SEMANA	¿ESTÁ TRABAJANDO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	School Enrollment Verif.:		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
					FECHA EN QUE ESPERA GRADUARSE		Date Verified:		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
							FS Eligible Student:		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
CA FS B. Complete a continuación en relación a todos los que están matriculados en una universidad o están asistiendo a una institución educacional similar.						SÓLO PARA USO DEL CONDADO				
NOMBRE		MARQUE (✓) PERÍODO ACADÉMICO <input type="checkbox"/> Semestre <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Trimestre		GASTOS DE MATRÍCULA POR PERÍODO ACADÉMICO \$	LIBROS, EQUIPO, ETC. POR PERÍODO ACADÉMICO \$	Expenses Verified:		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
VIAJE DE IDA Y VUELTA A LA ESCUELA/LUGAR DE CUIDADO DE NIÑOS, POR DÍA (MILLAS)		DÍAS QUE ASISTE POR SEMANA		MEDIO DE TRANSPORTE QUE USA		Date Verified:				
GASTOS DE TRANSPORTE POR SEMANA \$		CANTIDAD QUE PAGAN POR SEMANA LOS QUE VIAJAN JUNTOS EN EL MISMO VEHÍCULO \$		TRANSPORTE PÚBLICO (AUTOBÚS, ETC.) POR DÍA \$		Financial Aid:		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
						<input type="checkbox"/> MC 210 S-E				
CA (18) A. ¿Tiene alguien menos de 20 años y está embarazada o es padre/madre adolescente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "Sí", complete a continuación:						SÓLO PARA USO DEL CONDADO				
NOMBRE		EDAD	MARQUE (✓) LA SITUACIÓN <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Padre/madre adolescente			Referred to:				
SITUACIÓN EN RELACIÓN A LA ESCUELA, MARQUE (✓) <input type="checkbox"/> Tiene diploma de la preparatoria (high school) <input type="checkbox"/> No está asistiendo a la escuela regularmente (explique): <input type="checkbox"/> Actualmente está asistiendo a la escuela regularmente <input type="checkbox"/> Otra (explique):						<input type="checkbox"/> Cal-Learn				
						<input type="checkbox"/> CW 25				
						<input type="checkbox"/> CW 25A				
						<input type="checkbox"/> Referred to Welfare-to-Work				
CA B. ¿Alguna persona ha recibido una cantidad monetaria adicional o sanción, o ayuda para el cuidado de niños, transporte, etc., de Cal-Learn (un programa de California para la educación de los padres adolescentes que reciben asistencia monetaria)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "Sí", complete a continuación:						SÓLO PARA USO DEL CONDADO				
NOMBRE		¿DÓNDE? (CONDADO)		FECHA(S) EN QUE SE RECIBIÓ		Striker Regs Apply:				
						<input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FS				
CA FS (19) ¿Está alguien en huelga? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "Sí", complete a continuación:						SÓLO PARA USO DEL CONDADO				
NOMBRE DE LA PERSONA QUE ESTÁ EN HUELGA			NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR/PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO			Striker Regs Apply:				
NOMBRE DE LA UNIÓN (SINDICATO)						<input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FS				
FECHA EN QUE EMPEZÓ A ESTAR EN HUELGA			INGRESOS (ANTES DE LAS DEDUCCIONES) GANADOS MENSUALMENTE EN ESTE TRABAJO ANTES DE LA HUELGA \$							

CA FS (25) Durante los últimos 24 meses, ¿ha estado trabajando o en entrenamiento algún padre/madre que viva en el hogar? Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación:
 • Incluya todo el trabajo que ha hecho dentro y fuera de los Estados Unidos (EE. UU.).
 • Incluya trabajo que ha hecho a cambio de otra cosa que no es dinero, como renta, comida, servicios públicos y municipales, o **cualquier otra cosa**.
 • Empezar con el trabajo o entrenamiento más reciente de cada persona.

SÓLO PARA USO DEL CONDADO
 PE/UIB Requirements
 Earnings from month prior to month of application
 App Date: _____
 Earnings from _____ to _____
 MO/YR (25) A (25) B

A. NOMBRE ¿ES ÉL O ELLA UN INDIJO? SÍ NO
 SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ANOTE LA TRIBU: _____

Nombre y dirección del empleador o programa de entrenamiento Marque (✓) si es trabajo o entrenamiento	Fechas de empleo MES DÍA AÑO De A	Cantidad que se le pagó	Nombre y dirección del empleador o programa de entrenamiento Marque (✓) si es trabajo o entrenamiento	Fechas de empleo MES DÍA AÑO De A	Cantidad que se le pagó
1. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes	4. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes
2. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes	5. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes
3. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes	6. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes

B. NOMBRE ¿ES ÉL O ELLA UN INDIJO? SÍ NO
 SI LA RESPUESTA ES "SÍ", ANOTE LA TRIBU: _____

Nombre y dirección del empleador o programa de entrenamiento Marque (✓) si es trabajo o entrenamiento	Fechas de empleo MES DÍA AÑO De A	Cantidad que se le pagó	Nombre y dirección del empleador o programa de entrenamiento Marque (✓) si es trabajo o entrenamiento	Fechas de empleo MES DÍA AÑO De A	Cantidad que se le pagó
1. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes	4. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes
2. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes	5. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes
3. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes	6. <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Entrenamiento	De A	\$ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por mes

FS (26) ¿Son ciudadanos de los EE. UU. todos los miembros del grupo para fines de estampillas para comida? Si la respuesta es "NO", complete a continuación para cada uno de los miembros del grupo que **no es** ciudadano de los EE. UU. SÍ NO

Nombre de cada una de las personas que no es ciudadano de los EE. UU.	A. ¿Cuál es el total de años que han vivido en los EE. UU. esta persona, su esposa(o), y/o sus padres (antes de que esta persona cumpliera los 18 años)?	B. Mientras que vivían en los EE. UU., ¿durante cuántos años de los que se reportaron en la columna "A", ganaron dinero trabajando en los EE. UU. esta persona, su esposa(o), y/o sus padres (antes de que esta persona cumpliera los 18 años)?	C. Mientras que vivían fuera de los EE. UU., ¿cuál es el total de años que esta persona, su esposa(o), y/o sus padres (antes de que esta persona cumpliera los 18 años) trabajaron en los EE. UU.?
1.			
2.			
3.			
4.			

TOTAL \$ \$
 (25) A B
 Tribal JOBS Referral
 UIB Verif(s) on file
 Must apply for UIB
 Currently Receiving/Got/ or UIB eligible in last 12 months
 UIB Ineligible Reason:

CA FS MC (27) ¿Alguien ha estado en el servicio militar de los EE. UU. o ha sido la esposa(o), padre/madre, o hijo de una persona que ha estado en el servicio militar? Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación: SÍ NO

NOMBRE	¿CIUDADANO DE LOS EE. UU.?	MARQUE (✓) LA SITUACIÓN <input type="checkbox"/> SERVICIO MILITAR ACTIVO/VETERANO <input type="checkbox"/> ESPOSA(O), PADRE/MADRE O HIJO DE UNA PERSONA EN SERVICIO MILITAR ACTIVO/VETERANO	¿SEPARACIÓN HONORABLE?	RAMA DEL SERVICIO MILITAR	FECHAS DE SERVICIO
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		

(26)
 FS: 40 Quarters Verif.

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

PRINCIPAL EARNER (PE) *	DATE OF APPLICATION	QUARTER OF APPLICATION
-------------------------	---------------------	------------------------

(27)
 CW 5
 FS: Noncitizen's Honorable Discharge Verif.
 YES NO

*Principal Earner — the parent who earned the most income in the last 24 months prior to the month of application.

CA (28) A. ¿Recibe alguien, incluyendo a los niños, o espera recibir dinero de alguna de las fuentes mencionadas a continuación? Marque (✓) "SÍ" o "NO" para cada una.

	SÍ	NO		SÍ	NO
Programa de empleo para estudiantes (<i>work study</i>), Programa para la Transición de la Asistencia Pública al Trabajo (<i>Welfare to Work</i>) u otro programa			Ingresos relacionados a la educación provenientes de la Administración de Beneficios para Veteranos (VA)		
Otra asignación por entrenamiento			Asistencia y cuidado de la VA		
Becas, subvenciones y préstamos educativos			Beneficios del Seguro Social por incapacidad/discapacidad o Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP)		
Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs)/asistencia monetaria de otro estado			Beneficios de la VA por incapacidad/discapacidad para empleados del ferrocarril		
Asistencia Monetaria para Refugiados (RCA)			Otros ingresos por incapacidad/discapacidad provenientes de una oficina del gobierno federal, estatal, o local		
Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAPI)			Otros beneficios por incapacidad/discapacidad o ausencia debido a enfermedad no provenientes del gobierno		
Asistencia/Ayuda General (GA/GR)			Beneficios del Seguro Social por jubilación o para sobrevivientes		
Compensación por lesiones de trabajo			Beneficios de jubilación para empleados del ferrocarril		
Mantenimiento de hijos/esposa(o) o dinero para cuentas o primas médicas			Otros ingresos de jubilación provenientes de una oficina del gobierno federal, estatal, o local		
Beneficios de huelga			Otros ingresos de jubilación no provenientes del gobierno		
Préstamos, regalos, contribuciones			Pagos per cápita		
Pagos recibidos por convenios legales o convenios con compañías de seguros/ acciones pendientes en la corte			Ganancias (juegos por dinero/lotería/bingo/premios, etc.)		
Venta de pagarés, contratos, escrituras de fideicomiso, letras de cambio			Otra (explique)		
Asignación o pensión militar					

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

- Casualty Unit Notified
- CWC 6041
- DHS 6155
- Verif(s) on File
- Explain Anticip. Income
- Workers Comp:
 - Temporary
 - Permanent

Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE LO RECIBE	FUENTE	CANTIDAD RECIBIDA (ANTES DE LAS DEDUCCIONES)	¿CUÁNDO?	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	CA	FS	MC
		\$					
		\$					

(✓) if exempt

CA B. ¿Espera alguien un cambio en la cantidad de dinero que recibe actualmente, tal como un aumento por el costo de vida? Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación:

NOMBRE	TIPO DE CAMBIO QUE ESPERA	CANTIDAD	¿CUÁNDO?
		\$	

CA (29) ¿Recibe alguien vivienda o alquiler (renta), servicios públicos y municipales, comida, o ropa gratis o a cambio de trabajo? Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación y marque (✓) si es gratis o por trabajo:

¿QUÉ RECIBE?	Gratis	Por trabajo	¿QUIÉN LO RECIBE?	VALOR	¿QUIÉN LO PROPORCIONA?
Vivienda o alquiler				\$	
Servicios públicos y municipales				\$	
Comida				\$	
Ropa				\$	

In-Kind Income:

Verif. on file: YES NO

Partial	Full	Earned	Unearned

CA (30) A. ¿Es alguien dueño o está comprando bienes raíces, tales como terrenos y/o edificios en algún lugar, incluyendo fuera de los EE. UU.? Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación. Incluya terrenos y/o edificios en los que se comparte el título de propiedad.

CLASE (TERRENO, CONDOMINIO, APARTAMENTO, CASA)	¿CÓMO USA ESTA PROPIEDAD? MARQUE (✓)	SÍ	NO	DUEÑOS	DIRECCIÓN O UBICACIÓN	CANTIDAD QUE SE DEBE	INGRESOS PROVENIENTES DE LA RENTA
	VIVE EN ELLA					\$	\$
	RENTA LA PROPIEDAD						
	OTRO (EXPLIQUE):						
	¿ESTA A LA VENTA?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO				
	VIVE EN ELLA					\$	\$
	RENTA LA PROPIEDAD						
	OTRO (EXPLIQUE):						

Home Exempt YES NO
 Other Real Property
 Market Value \$
 Amount Owed \$
 Net Value \$
 Lien Applicable YES NO
 Listed for sale YES NO

Home Exempt YES NO
 Other Real Property
 Market Value \$
 Amount Owed \$
 Net Value \$
 Lien Applicable YES NO
 Listed for sale YES NO

CA B. ¿Es alguien dueño de una casa en la que no vive nadie ahora y a la que espera regresar algún día? Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación:

DUEÑO DE LA PROPIEDAD	DIRECCIÓN DE LA PROPIEDAD	FECHA EN QUE ESPERA REGRESAR (SI LA SABE)

Total countable property: Page 7 (List totals on page 9)
 CA \$
 FS \$
 MC \$

CA FS MC 31 A. ¿Tiene alguien, incluyendo a los niños, alguno de los siguientes recursos personales o recursos relacionados al negocio? Marque (✓) "SÍ" o "NO" para cada uno.
 Incluya todos los recursos de los que sea dueño, use, controle, comparta o tenga título de propiedad compartido con otras personas (aunque sólo sea por comodidad). El condado determinará si estos recursos cuentan.

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

	SÍ	NO		SÍ	NO
Dinero en efectivo (en su posesión o en otro lugar)			Fondos de fideicomiso (estén o no a la disposición)		
Cheques que no ha cambiado (en su posesión o en otro lugar)			Pagarés, hipotecas, escrituras de fideicomiso, contratos de venta, etc.		
Cuentas de ahorro - de niños y adultos			Planes de IRA (cuenta individual de jubilación) o planes de Keogh, etc.		
Cuentas de cheques - se usen o no			Fondos de jubilación que están a su disposición si deja de trabajar (como PERS*, etc.)		
Cuentas de la unión de crédito			Planes de compensación de empleados aplazada voluntariamente para su inversión		
Acciones, bonos, certificados de depósito, cuentas bancarias de inversión en el mercado de valores, etc.			Seguros de vida o pensiones		
Derechos de petróleo, minería, o minerales			Derecho de herencia en vida sobre alguna propiedad		
Fideicomisos o contratos de entierro, seguros, fondos designados para el entierro/dinero para el lugar de la sepultura en un cementerio, ataúdes u otros artículos relacionados al entierro			Seguro para el cuidado a largo plazo		
Devoluciones de impuestos sobre los ingresos			Saldo monetario de un mes anterior en la cuenta de transferencia electrónica de beneficios (EBT)		
			Otro (explique)		

Trust Fund/Not Court Ordered

Court Petitioned Date _____

Resource Verified: Explain how: _____

Total Value = \$ _____

Burial Reserve or Trust (MCO) Amount Owed \$ _____

Revocable

Irrevocable

Designated Fund and Current Value \$ _____

CA Restricted Account

SI LA RESPUESTA ES "SÍ", COMPLETE A CONTINUACIÓN:

CLASE DE RECURSO	¿RELACIONADO A UN NEGOCIO?	DUEÑO	NÚMERO DE CUENTA/PÓLIZA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL BANCO, ETC.	VALOR ACTUAL
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				\$
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				\$
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				\$

Check (✓) if exempt

CA	FS	MC

CA FS MC B. ¿Recibe alguien o espera recibir dinero de alguno de los recursos anteriores, como intereses, dividendos, etc.? SÍ NO
 Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación:

¿QUIÉN?	FUENTE DEL DINERO	CANTIDAD	¿CON QUÉ FRECUENCIA?	¿RELACIONADO A UN NEGOCIO?
		\$		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
		\$		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

MC 32 ¿Hay algún gravamen registrado o ha firmado algún convenio de garantía con un doctor, clínica, u hospital contra cualquier propiedad de la que usted o un miembro de su familia sea dueño, que se use como garantía para recibir servicios para el cuidado de la salud? Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación: SÍ NO

GRAVAMEN O CANTIDAD GARANTIZADA	CLASE Y UBICACIÓN DE LA PROPIEDAD	FECHA Y CLASE DE CUIDADO MÉDICO RECIBIDO/POR RECIBIR	NOMBRE DEL PROVEEDOR
\$			
\$			

Verified: YES NO

Lien Applicable: YES NO

Security Agreement: YES NO

MC 174 completed and sent: YES NO

MC 33 A. ¿Tiene alguien bienes personales? Por ejemplo: SÍ NO

- Lanchas que no son de motor, cubiertas para camioneta (camper shells), remolques (trailers) que no son de motor.
- Pistolas, herramientas, equipo de deporte, etc.
- Animales domésticos (mascotas) o ganado para uso personal.
- Joyas, obras de arte, antigüedades, colecciones, cámaras, equipo musical (pianos, guitarras, amplificadores, etc.).

Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación: No incluya anillos de boda o de compromiso, ni objetos heredados especiales de valor económico o sentimental. Anote joyas con un valor de más de \$100 dólares y artículos del hogar o artículos personales con un valor de más de \$500 dólares cada uno.

ARTÍCULO	¿ESTÁ A LA VENTA?	PRECIO DE COMPRA O VALOR ACTUAL	CANTIDAD QUE SE DEBE	ARTÍCULO	¿ESTÁ A LA VENTA?	PRECIO DE COMPRA O VALOR ACTUAL	CANTIDAD QUE SE DEBE
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	\$		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	\$		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	\$

Owned Jointly

Owned Separately

Personal Property \$500 + for Pickle Program

Insignificant Value for 1931(b)

Listed for sale (Specify): _____

MC B. ¿Tiene alguien bienes de negocio, incluyendo herramientas, inventario y materiales, equipo de negocios, ganado, etc.? Incluya cualquier bien que se comparte o que tiene título de propiedad compartido con otras personas. Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación: SÍ NO

ARTÍCULO	¿ESTÁ A LA VENTA?	PRECIO DE COMPRA O VALOR ACTUAL	CANTIDAD QUE SE DEBE	ARTÍCULO	¿ESTÁ A LA VENTA?	PRECIO DE COMPRA O VALOR ACTUAL	CANTIDAD QUE SE DEBE
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	\$		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	\$
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	\$		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$	\$

Total Countable Property: Page 8 (List totals on Page 9)

CA \$ _____

FS \$ _____

MC \$ _____

Listed for sale (Specify): _____

CA FS MC **34** ¿Alguien ha vendido, gastado, cambiado, transferido, o regalado algún bien inmueble tal como una casa o un terreno; o bienes personales tales como dinero, automóviles, cuentas bancarias, dinero recibido por convenio legal o con una compañía de seguros contra accidentes, o cualquier otra cosa? SÍ NO
 (Para asistencia monetaria, anote cualquier bien vendido o cambiado durante los últimos doce meses; para estampillas para comida, durante los últimos 3 meses; y para Medi-Cal, durante los últimos dos años y medio [30 meses].)
 Si la respuesta es "Sí", explique qué y cuándo:

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

Transfer of Assets:
 CA in last 12 months
 FS in last 3 months
 Medi-Cal in last 30 months
 LTC ONLY
 Adequate Consideration
 Spenddown
 Total Nonexempt Property \$

CA MC **35** ¿Es alguien dueño, usa, o tiene su nombre incluido en el registro de cualquier vehículo motorizado aunque no funcione? Por ejemplo, un automóvil, motocicleta, vehículo para la nieve (snowmobile), casa rodante (recreational vehicle - RV), lancha de motor, etc. SÍ NO
 Si la respuesta es "Sí", complete a continuación. Revise su registro para obtener información sobre cada vehículo:

	VEHÍCULO (1)		VEHÍCULO (2)		VEHÍCULO (3)	
DUEÑO DEL VEHÍCULO						
NOMBRE DE LA PERSONA QUE USA EL VEHÍCULO						
AÑO/MARCA/MODELO						
NÚMERO DE PLACA						
VALOR APROXIMADO	\$		\$		\$	
SALDO QUE SE DEBE	\$		\$		\$	
¿REGISTRADO?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿ARRENDADO CON LA OPCIÓN DE COMPRA (LEASED)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿PARA QUÉ USA EL VEHÍCULO? Marque (✓) "SÍ" O "NO" para cada uno:	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
Como hogar						
Para ir al trabajo o entrenamiento, o para buscar trabajo						
Para trabajar por cuenta propia, para mantenerse a sí mismo, o para un negocio						
Se necesita para un miembro del hogar incapacitado/discapacitado						
Para obtener el combustible o agua para el hogar						
Sólo para uso recreacional						

Compute Vehicle Valuation in Section Below:
 Verifications viewed
 Leased vehicle:
 (1) (2) (3)
 Pickle Program:
 Use Pickle Handbook (Reference Section 9)
 Vehicle Value
 (Enter Date of blue book issue or other documentation)
 (1) Date: _____ \$ _____
 (2) Date: _____ \$ _____
 (3) Date: _____ \$ _____

SÓLO PARA USO DEL CONDADO VEHICLES

CASH AID	VEHICLE (1)		VEHICLE (2)		VEHICLE (3)	
(A) Is vehicle a home, income producing, primary transportation to get fuel/water, or used for a disabled household member? (63-501.521)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO (Exclude) Go to (B).		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO (Exclude) Go to (B).		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO (Exclude) Go to (B).	
(B) (1) Equity: exempt one vehicle, regardless of use. (63-501.523) [If "YES", go to (C). If "NO", go to (B)(2).] (2) Is other vehicle(s) used for job search, employment or training?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Go to (C). Use Excess Value.	<input type="checkbox"/> NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Go to (C). Use Excess Value.	<input type="checkbox"/> NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Go to (C). Use Excess Value.	<input type="checkbox"/> NO Go to (C) and (D). Use Greater Value.

(C) Fair Market Values-CA			
FMV			
Minus	Minus \$4,650	Minus \$4,650	Minus \$4,650
Excess Value			
(D) Equity Values-CA			
FMV			
Minus Encumbrance			
Equity Value			

MEDI-CAL			
	(1)	(2)	(3)
DMV/YR/Class Code	_____	_____	_____
Vehicle Market Value	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Less Encumbrances	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Net Value	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Exempt	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N

TOTALS: VEHICLE	CA
Excess Value	\$ _____
Equity Value	\$ _____

Pickle Program (Ref. Sec. 9 in Pickle Handbook):	(1)	(2)	(3)
	Is vehicle used:	Exempt	Yes No
As a home			
For self-employment			
To Go to Work or Medical Appointment			

Grand Total Countable Property (List totals from pages 7, 8, and 9)			
Page	CA	FS	MC
(9)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(8)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
(7)	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Total	\$ _____	\$ _____	\$ _____

CA FS 36 A. **¿Alguien tiene algún gasto de vivienda?** SÍ NO
 Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación:

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

GASTOS DE VIVIENDA	GASTO TOTAL	¿CUÁNTO PAGA USTED?	¿CUÁNTO PAGAN OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA/DEL HOGAR?	FRECUENCIA DE LOS COBROS
Alquiler (renta)	\$	\$	\$	
Pago de la casa (hipoteca)	\$	\$	\$	
Impuestos sobre la propiedad (si no están incluidos en el pago de la casa)	\$	\$	\$	
Seguro (si no está incluido en el pago de la casa)	\$	\$	\$	
Otro (explique)	\$	\$	\$	

Housing verified: YES NO

Total housing: \$ _____

Shared housing: YES NO

CA FS B. **¿Paga otra persona todos o parte de estos gastos de vivienda? Incluya a cualquier pariente o amigo que no viva en el hogar, cualquier programa de asistencia para pagar el alquiler, como el de HUD*, el programa de vivienda subsidiada por el gobierno para personas de bajos ingresos conocido en inglés como "Section 8", etc.** SÍ NO
 Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación:

¿QUÉ CLASE DE GASTO DE VIVIENDA?	¿QUIÉN PAGA?	¿CUÁNTO PAGA CADA UNO?	FRECUENCIA DE LOS COBROS
		\$	
		\$	

FS 37 A. **¿Alguien tiene gastos de servicios públicos y municipales?** SÍ NO
 Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación:

GASTOS DE SERVICIOS PÚBLICOS Y MUNICIPALES	GASTO TOTAL	¿CUÁNTO PAGA USTED?	¿CUÁNTO PAGAN OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA/DEL GRUPO?	FRECUENCIA DE LOS COBROS
Gas u otro combustible	\$	\$	\$	
Electricidad u otro combustible	\$	\$	\$	
¿Se usa el gas, la electricidad, u otro combustible para calentar o enfriar su casa?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO			
Agua	\$	\$	\$	
Alcantarillado	\$	\$	\$	
Basura	\$	\$	\$	
Teléfono (tarifa básica para un teléfono más impuestos)	\$	\$	\$	
Instalación de los servicios públicos y municipales	\$	\$	\$	
Otro (explique)	\$	\$	\$	

Utilities verified: YES NO

Metered: YES NO

Client elects
 Actual
 If Actual, Total Utilities
 \$ _____

Utility allowance - Prorated
 SUA YES NO
 LUA YES NO
 TUA YES NO

FS B. **¿Alguien más paga todos o parte de estos gastos de servicios públicos y municipales? Incluya a cualquier amigo o pariente que no viva en el hogar, la asistencia para pagar gastos de energía para personas de bajos ingresos, etc.** SÍ NO
 Si la respuesta es "SÍ", complete a continuación:

CLASE DE GASTO DE SERVICIOS PÚBLICOS Y MUNICIPALES	¿QUIÉN PAGA?	¿CUÁNTO PAGA CADA UNO?	FRECUENCIA DE LOS COBROS
		\$	
		\$	

FS 38 **Puede autorizar a alguna otra persona, sin importar si es o no un miembro de su hogar, para que use sus beneficios de estampillas para comida para comprar alimentos por usted. Si le gustaría autorizar a alguien, complete a continuación:**

F.S. I.D. Issued

NOMBRE DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO	DIRECCIÓN	TELÉFONO
		()

CA 39 En este mes o durante los tres meses anteriores a éste, ¿recibió alguien tratamiento médico o tratamiento para embarazo? SÍ NO
 Si la respuesta es "Sí", complete a continuación:

NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBIÓ EL CUIDADO	MESES DE CUIDADO	¿PAGOS HECHOS PARA EL CUIDADO?		¿QUIERE MEDI-CAL PARA ESOS MESES?	
		SÍ	NO	SÍ	NO

SÓLO PARA USO DEL CONDADO

Retroactive Application

- Retro Only
- Retro and Cont.
- MC 210A

CA 40 ¿Tiene alguien cobertura del seguro médico federal conocido como MEDICARE? SÍ NO
 Si la respuesta es "Sí", complete a continuación:

PERSONA CUBIERTA	NÚMERO DE RECLAMACIÓN DE MEDICARE	MARQUE (✓) CÓMO SE PAGA LA PRIMA MENSUAL			
		PARA	DEDUCIDA DEL CHEQUE	PAGADA POR LA PERSONA MISMA	OTRA
		Parte A			
		Parte B			
		Parte A			
		Parte B			

MEDICARE referral

- FS: DFA 285-C
 Gross Premium \$ _____
- QMB
 - SLMB/QI
 - QDWI

CA 41 ¿Tiene alguien seguro de salud, dental, para la vista, de hospitalización o de cuidado a largo plazo o es miembro de un plan para el cuidado de la salud, como Kaiser, Blue Cross, CHAMPUS*, etc.? SÍ NO
 Si la respuesta es "Sí", complete a continuación:

COMPañÍA DE SEGUROS	PERSONA ASEGURADA	FECHA EN QUE SE VENDE	CANTIDAD DE LA PRIMA	FRECUENCIA DEL PAGO
			\$	
			\$	

State Certified LTC Policy: YES NO

DHS 6155

Benefits Paid Out \$ _____

CA 42 ¿Tiene alguien un seguro de salud que no haya solicitado pero que está a la disposición a través de padres, empleador, o padre/madre ausente? SÍ NO
 Si la respuesta es "Sí", complete a continuación:

COMPañÍA DE SEGUROS	PERSONA POR ASEGURARSE	CANTIDAD DE LA PRIMA	FRECUENCIA DEL PAGO
		\$	
		\$	

DHS 6155

CA 43 ¿Se espera que termine el seguro de salud de alguien o ha terminado durante los últimos 60 días? SÍ NO
 Si la respuesta es "Sí", complete a continuación:

COMPañÍA DE SEGUROS	PERSONA ASEGURADA	FECHA EN QUE SE VENDE/ENCÍ	CANTIDAD DE LA PRIMA	FRECUENCIA DEL PAGO
			\$	
			\$	

DHS 6155

CA 44 ¿Tiene alguien una incapacidad/discapacidad causada por una lesión o accidente que le dificulte trabajar o atender sus propias necesidades? SÍ NO
 Si la respuesta es "Sí", complete a continuación:

NOMBRE DE LA PERSONA	CLASE DE PROBLEMA	FECHA EN QUE EMPEZÓ EL PROBLEMA	FECHA EN QUE SE ESPERA QUE SE RECUPERE

Third Party Liability

CA 45 A. ¿Tiene alguien un problema médico o se encuentra en una situación que requiera algo de lo siguiente? Marque (✓) "SÍ" o "NO" para cada uno:

	SÍ	NO		SÍ	NO
Dieta especial—recetada por un médico			Uso muy alto de los servicios públicos y municipales		
Necesidad especial de transporte			Servicio especial de lavandería		
Teléfono u otro equipo especiales			Otro (especifique):		
Tareas domésticas (nadie del hogar puede hacerlas)					

Verified: YES NO

Special Need: YES NO

Amount: \$ _____

Si la respuesta es "Sí", explique:

CA 45 B. ¿Hay en el hogar un niño o alguna persona incapacitada/discapacitada que necesite el cuidado de algún otro miembro del hogar? SÍ NO
 Si la respuesta es "Sí", explique:

CA 45 C. ¿Es alguien una persona incapacitada/discapacitada que esté trabajando y que tenga gastos médicos necesarios para poder trabajar, tales como una silla de ruedas, etc.? Si la respuesta es "Sí", complete a continuación:

NOMBRE DE LA PERSONA	CLASE DE GASTOS	CANTIDAD
		\$
		\$

- Receipts
- MC 272 MC 273

IRWE (QMB and SGA)

FS: DFA 285-C

CA 45 D. ¿Está alguien recibiendo Servicios de Casa y Cuidado Personal (IHSS)? SÍ NO
 Si la respuesta es "Sí", ¿quién? _____ ¿Cuánto paga cada mes? \$ _____

<p>CA (46) ¿Quiere el hogar solicitar un pago por necesidad especial para vivienda o artículos domésticos esenciales perdidos o dañados debido a circunstancias inesperadas y poco comunes, como un terremoto, incendio, o inundación? Si la respuesta es "Sí", explique a continuación:</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>SÓLO PARA USO DEL CONDADO</p> <table border="1"> <tr> <td>Special Need Verified</td> <td>YES</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>Eligible for Special Need</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Special Need Verified	YES	NO	Eligible for Special Need		
Special Need Verified	YES	NO							
Eligible for Special Need									
<p>CA FS (47) ¿Algún miembro del hogar se está escondiendo o está huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, detención, o encierro después de haber sido declarado culpable de un delito mayor (felony), o está violando su libertad condicional (parole o probation)? Si la respuesta es "Sí", anote el nombre de la persona:</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>								
<p>CA FS (48) ¿Ha sido condenado usted o algún miembro del hogar por un delito mayor relacionado con las drogas? Si la respuesta es "NO", vaya a la pregunta número 49. Si la respuesta es "Sí", complete a continuación:</p> <p>Nombre: _____ Fecha de la condena: _____</p> <p>¿Ha sido condenado por alguno de los siguientes delitos?</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿El transportar, importar a este Estado, vender, proveer, administrar, regalar, poseer para vender, comprar con el propósito de vender, fabricar, o procesar los componentes químicos con la intención de fabricar una sustancia controlada; o el cultivar, cosechar o procesar la marihuana? ¿El motivar, inducir, invitar, o intimidar a un menor para que participe en alguna de las actividades mencionadas arriba? <p>Usted o algún miembro de su hogar:</p> <p>a) ¿ha completado un programa de tratamiento para el abuso de drogas que haya sido reconocido por el gobierno?</p> <p>b) ¿ha participado en un programa de tratamiento para el abuso de drogas que haya sido reconocido por el gobierno?</p> <p>c) ¿se ha inscrito en un programa de tratamiento para el abuso de drogas que haya sido reconocido por el gobierno?</p> <p>d) ¿tiene su nombre en una lista de personas que están esperando la oportunidad de participar en un programa de tratamiento para el abuso de drogas que haya sido reconocido por el gobierno?</p> <p>e) ¿ha cesado de usar sustancias controladas y tiene pruebas de haber cesado?</p> <p>Si la respuesta es "Sí", por favor, explique: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>FS convictions after 8/22/96 CW convictions after 1/1/98</p> <p>Qualifying Drug Felon? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Meets felony conditions of eligibility? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>							
<p>CA MC (49) Los siguientes servicios están a la disposición. Sus respuestas a las siguientes preguntas no afectarán su elegibilidad. Marque (✓) "Sí" o "NO" para cada una.</p> <p>A. Los exámenes médicos regulares para ayudar a proteger la salud de su familia están a la disposición, si se piden, a través del Programa para la Salud y Prevención de Discapacidades en los Niños y Adolescentes (CHDP) para los miembros de su familia menores de 21 años de edad que reúnan los requisitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Quiere más información acerca de los servicios de CHDP? ¿Quiere servicios médicos de CHDP? ¿Quiere servicios dentales de CHDP? ¿Necesita ayuda para hacer citas o con el transporte para recibir servicios de CHDP? <p>B. ¿Quiere más información acerca de los servicios de inmunización (vacunas)?</p> <p>C. Si está embarazada, puede recibir ayuda para encontrar un doctor, para obtener alimentos saludables, y más. ¿Quiere hablar con alguien acerca de esta ayuda?</p> <p>D. ¿Está amamantando (dándole pecho) a un niño?</p> <p>Si la respuesta es "Sí", ¿ha dado a luz en los últimos 12 meses?</p> <p>Si ha contestado "Sí" a (49) C o D, es posible que reúna los requisitos para recibir servicios del Programa de Nutrición Suplemental Especial para Mujeres, Bebés, y Niños (WIC).</p> <p>E. ¿Quiere usted o algún miembro de la familia servicios de planificación familiar gratuitos o de bajo costo para ayudar a planear cómo evitar embarazos no planeados y/o cuándo tener el siguiente bebé? Si la respuesta es "Sí", llame a su plan de cuidado de la salud o a su doctor usual. O para obtener información sobre clínicas confidenciales de planificación familiar y la ubicación de esas clínicas, llame gratuitamente al 1-800-942-1054.</p>	<p><input type="checkbox"/> SÍ</p>	<p><input type="checkbox"/> NO</p>	<p><input type="checkbox"/> CHDP Brochure and Explanation Given Date: _____</p> <p><input type="checkbox"/> CHDP Referral</p> <p><input type="checkbox"/> Social Services Referral (MCO)</p> <p><input type="checkbox"/> Referred for Immuniz.</p> <p><input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5</p> <p><input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum</p> <p><input type="checkbox"/> WIC referral</p> <p><input type="checkbox"/> Family Planning Information Given</p> <p><input type="checkbox"/> Referred Date:</p>						

CERTIFICACIÓN

Entiendo que:

- Cualquier información que yo haya dado, incluyendo datos sobre beneficios e ingresos, se comparará con los expedientes locales, estatales, y federales, tales como los de los empleadores; la Administración del Seguro Social; las oficinas de impuestos, bienestar público, y desempleo; escuelas a las que se asiste, etc. Y para la asistencia monetaria y estampillas para comida, los expedientes se compararán con los de las oficinas encargadas de hacer cumplir la ley para ver si hay órdenes de arresto.
- Es posible que los empleados del condado y del gobierno estatal y federal revisen y verifiquen toda la información que yo haya dado, incluyendo datos sobre beneficios e ingresos, y si he dado información incorrecta, es posible que se me nieguen o descontinúen la asistencia monetaria, estampillas para comida, y Medi-Cal.
- Es posible que se escoja mi caso para revisarlo y asegurar que mi elegibilidad se determinó correctamente, y tengo que cooperar por completo con los empleados del condado y del gobierno estatal y federal en cualquier investigación o revisión, incluyendo una revisión de control de calidad.
- El condado le enviará a la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS - conocido anteriormente como INS) información para verificar la situación migratoria, y es posible que la información que el condado obtenga del USCIS afecte mi elegibilidad para recibir asistencia monetaria, estampillas para comida, y Medi-Cal completo. Pero el condado no le enviará información al USCIS si solamente solicito Medi-Cal Y no soy (a) una persona no ciudadana con residencia permanente legal (LPR) en los EE. UU., (b) una persona no ciudadana bajo amnistía con una tarjeta I-688 válida y actual, ni (c) una persona que no es ciudadana con residencia permanente en los EE. UU. a discreción gubernamental (PRUCOL).
- Tengo que solicitar y mantener cualquier cobertura de seguro de salud disponible si es que no tengo que pagar por ella; si no lo hago, mis beneficios de Medi-Cal se negarán o se suspenderán.
- Se requerirá que yo u otros miembros de mi familia reembolsemos cualquier cantidad de asistencia monetaria que yo no debería haber recibido.
- Es posible que se le requiera al grupo para fines de estampillas para comida (grupo), a cualquier miembro adulto del grupo (aunque él o ella se mude), al patrocinador de un miembro del hogar que no es ciudadano, o al representante autorizado de residentes de una institución que reúne los requisitos, que reembolse cualquier beneficio que el hogar no debería haber recibido.
- No puede recibir asistencia monetaria ni estampillas para comida ningún miembro de mi hogar que se esté escondiendo o esté huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, detención, o encierro después de haber sido declarado culpable de un delito mayor (*felony*), o que ha violado su libertad condicional (*parole* o *probation*).
- No puede recibir beneficios de estampillas para comida ningún miembro del hogar que a partir del 22 de agosto de 1996, ha sido declarado culpable de un delito mayor relacionado con las drogas por tener, usar, fabricar, vender, o distribuir una sustancia controlada; por cualquier actividad relacionada con estos actos ilegales; por cosechar, cultivar, o procesar la marihuana; o por involucrar a un menor en alguna de las actividades mencionadas arriba.
- Para recibir beneficios de asistencia monetaria y estampillas para comida, el condado requerirá a mí y a ciertos miembros de mi hogar que se nos tomen las huellas dactilares y una fotografía en imagen computarizada. Es posible que mis beneficios se nieguen o descontinúen si no coopero.

También entiendo que:

Recibiré la descalificación y/o las sanciones por fraude relacionado a la asistencia pública, si a propósito doy información incorrecta o no reporto todos los datos o situaciones que afecten mi elegibilidad o beneficios de asistencia monetaria, estampillas para comida, y Medi-Cal.

Para asistencia monetaria:

- Si a propósito no sigo las reglas sobre la asistencia monetaria, es posible que se me imponga una multa de hasta \$10,000 y/o que se me envíe a la cárcel/prisión por 3 años. Y mi asistencia monetaria se puede descontinuar:
 - por no reportar toda la información o por proporcionar datos erróneos: 6 meses por la primera ofensa, 12 meses por la segunda, o para siempre por la tercera; y para la Asistencia Monetaria para Refugiados, 3 meses por la primera y 6 meses por cualquier otra ofensa después.
 - por presentar al mismo tiempo una o más solicitudes para recibir asistencia en más de un caso: 2 años por la primera ofensa, 4 años por la segunda, y para siempre por la tercera.
 - por haber sido declarado culpable de un delito mayor de robo para recibir asistencia: 2 años por el robo de cantidades menores de \$2,000; 5 años por cantidades entre \$2,000 y \$4,999.99; y para siempre por cantidades de \$5,000 o más.
 - para siempre por proporcionar al condado pruebas falsas en relación a residencia para obtener al mismo tiempo asistencia en dos o más condados o estados; por proporcionar al condado pruebas falsas acerca de un niño no elegible o un niño que no existe; por recibir por medio del fraude más de \$10,000 en beneficios monetarios; y por ser declarado culpable de fraude por tercera vez en un tribunal de justicia o en una audiencia administrativa.

Para estampillas para comida:

- Si a propósito no sigo las reglas sobre las estampillas para comida, se me descontinuarán las estampillas para comida durante 12 meses por la primera ofensa, 24 meses por la segunda, y para siempre por la tercera. Y es posible que se me imponga una multa de hasta \$250,000 y/o que se me envíe a la cárcel/prisión por 20 años.
- Si se me declara culpable en cualquier tribunal de justicia, debido a que:
 - vendí o cambié estampillas para comida para obtener armas de fuego, munición, o explosivos, se me pueden descontinuar los beneficios de estampillas para comida para siempre por la primera ofensa.
 - vendí o cambié estampillas para comida para obtener sustancias controladas, se me pueden descontinuar los beneficios de estampillas para comida durante 24 meses por la primera ofensa y para siempre por la segunda.
 - vendí o cambié estampillas para comida con un valor de \$500 o más, se me pueden descontinuar los beneficios de estampillas para comida para siempre.
 - presenté al mismo tiempo dos o más solicitudes para recibir beneficios de estampillas para comida y le proporcioné al condado información falsa sobre mi identidad o residencia, se me pueden descontinuar los beneficios de estampillas para comida durante 10 años.

Declaro bajo pena de perjurio, en conformidad con las leyes de los Estados Unidos de América y del Estado de California, que la información que contiene esta declaración de datos es verdadera, correcta, y completa.

FIRMA (PADRE/MADRE O FAMILIAR ENCARGADO DEL CUIDADO CONTINUO DEL NIÑO(S), SOLICITANTE DE MEDI-CAL, MIEMBRO ADULTO O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL GRUPO PARA FINES DE ESTAMPILLAS PARA COMIDA)	FECHA		
FIRMA (EL OTRO PADRE/MADRE QUE TAMBIÉN VIVE EN EL HOGAR, SI SE ESTÁ SOLICITANDO ASISTENCIA MONETARIA)	FECHA	FIRMA DEL TESTIGO QUE PRESENCIÓ LA MARCA, INTÉRPRETE, O PERSONA QUE ESTÉ ACTUANDO A NOMBRE DEL SOLICITANTE/BENEFICIARIO	FECHA

